

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

813

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Albert LAURENT

Né le 30 Octobre 1905, à LAVAL (La Mayenne)

L'HYDARTHROSE
HÉRÉDO-SYPHILITIQUE
TARDIVE

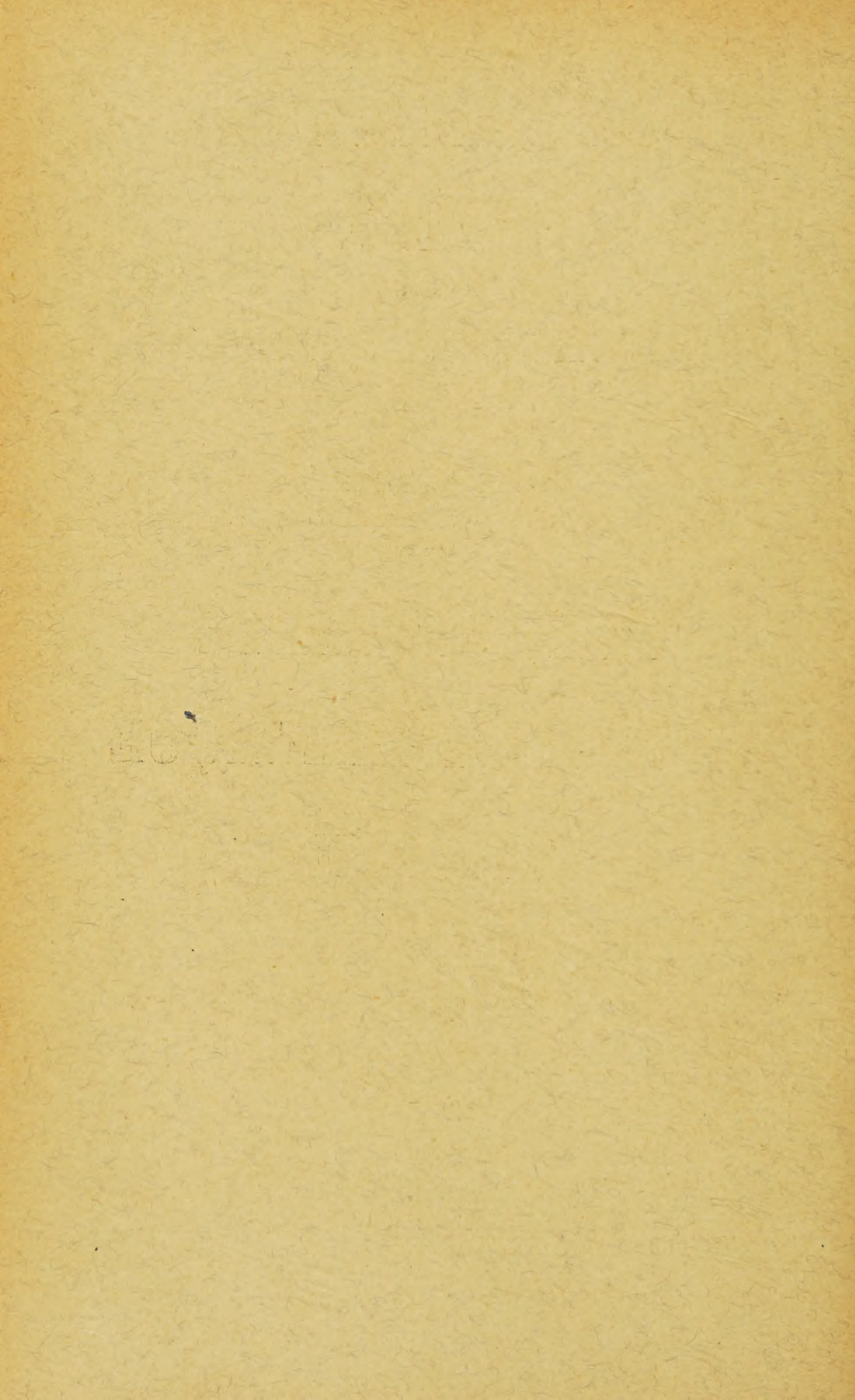
Président : Monsieur GOUGEROT, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Albert LAURENT

Né le 30 Octobre 1905, à LAVAL (La Mayenne)

L'HYDARTHROSE
HÉRÉDO-SYPHILITIQUE
TARDIVE

Président : Monsieur GOUGEROT, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

I. — Professeurs

MM.	
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maur. VILLARET
	BEZANCON.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	PROUST.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGEANT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	N.
	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
BENARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.	JOANNON	Hygiène.
FEY	Urologie.	LABBE Henri...	Chimie biologique.
GALLIARD	Parasitologie.	LACOMME	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
DE GAUDART		LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.		

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.).. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 FORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT..... Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE.... Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI
 ALAJOUANINE .
 AUBERTIN
 BRULE
 CHABROL
 CHIRAY
 DONZELOT
 DUVOIR
 HARVIER
 LIAN
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur).
 SEZARY
 Clinique médicale.

MM.

BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELLIER
 HEITZ-BOYER .
 MOCQUOT
 MOURE
 QUENU
 SCHWARTZ
 VELTER
 ECALLE.....
 GUENIOT
 LE LORIER.....
 LEVY-SOLAL ...
 METZGER
 Clinique chirurgicale
 Clinique obstétricale.

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE L'HOTEL-DIEU DE RENNES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE MONIET

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Rennes*

Dont nous avons été un an l'externe.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DAMANY

*Professeur de Clinique Médicale
à l'Ecole de Médecine de Rennes*

Dont nous avons été un an l'externe.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL CIVIL DU MANS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANGEVIN

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôpital Civil du Mans*

Dont nous avons été deux ans l'interne.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GALLOUEDEC

*Ancien Médecin-Chef des Dispensaires d'Hygiène Sociale
de la Sarthe
Médecin-Chef du Sanatorium de la Sarthe*

Dont nous avons souvent été l'aide
bénévole.

A MES MAITRES DES HOPITAUX MILITAIRES
ET MARITIMES

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT GUILMAIN

Médecin de l'Hôpital Militaire de Rennes

Dont nous avons été le médecin
auxiliaire.

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL DAOULAS

Médecin de l'Hôpital Maritime de Brest

Dont nous avons été le médecin
auxiliaire.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL CIVIL DE BREST

A MONSIEUR LE DOCTEUR POULIQUEN

*Membre correspondant national de la Société de Chirurgie
Chirurgien de l'Hôpital Civil de Brest*

Dont nous avons été dix-huit mois
l'interne.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE LA MARNIERRE

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien Adjoint de l'Hôpital de Brest*

Qui nous a toujours témoigné la
plus bienveillante attention.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOUIN

*Médecin-Chef des Services de Dermato-Syphiligraphie
de l'Hôpital de Brest*

Qui nous a toujours réservé le meilleur
accueil dans ses services et dans
son laboratoire,

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE DREUX

Dont nous avons été deux ans l'in-
terne.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DORÉ

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique adjoint de l'Hôpital Necker
Chirurgien de l'Hôpital de Dreux*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOST

Médecin de l'Hôpital de Dreux

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUGUÉ

*Ancien Interne pr. des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôpital de Dreux*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DURAND

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Dreux*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HEUSCH

*Médecin-Chef du Dispensaire Antisypilitique
de la Ville de Dreux*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL PINARD

Médecin de l'Hôpital Cochin

Qui nous a toujours réservé le plus aimable et le plus instructif accueil au Dispensaire antisyphilitique de la Clinique obstétricale Baudelocque, et qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse.

En hommage respectueux et très reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANCE

Assistant d'Orthopédie à l'Hôpital des Enfants Malades

Qui a bien voulu nous communiquer une observation personnelle, et nous donner quelques conseils au point de vue chirurgical pour la rédaction de cette thèse.

Avec nos remerciements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur de bien vouloir présider notre thèse.

L'HYDARTHROSE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE TARDIVE

INTRODUCTION

Alfred FOURNIER, en 1886, écrivait : « La syphilis héréditaire tardive ne jouit parmi nous que d'un crédit des plus restreints, elle ne compte encore que bien peu de croyants. » Et il citait ce mot des médecins de l'époque : « On n'en a jamais fini avec les prétentions de la vérole ».

En 1934, il en est toujours ainsi. Certains y croient, d'autres ne veulent pas reconnaître son influence. Et cependant elle existe.

Nous nous proposons, à propos d'un symptôme banal, l'hydarthrose, de chercher avec quelle fréquence la syphilis héréditaire tardive intervient dans la constitution de ce symptôme, et de grouper les signes particuliers qui nous permettront, devant une hydarthrose, de reconnaître son origine hérédo-syphilitique tardive.

Nous avons été très heureux, à la lecture des travaux publiés sur la question, de constater qu'elle n'avait pas été étudiée uniquement par des syphiligraphes, que l'on peut toujours avec facilité accuser de déformation professionnelle.

Des chirurgiens ont insisté sur l'importance du diagnostic pour le traitement ultérieur, et surtout des ophtalmologistes ont mis en valeur la fréquence de ce symptôme de syphilis héréditaire tardive, et expli-

qué pourquoi beaucoup des malades qui en étaient affligés ne consultaient pas, ou consultaient dans d'autres services que dans ceux de syphiligraphie.

Cette constatation incitera peut-être certains, qui doutent volontiers des formes peu apparentes de la syphilis héréditaire, à les rechercher plus souvent. Ils en seront récompensés, toutes les fois qu'ils les auront précocement découvertes, par de bien jolis succès thérapeutiques.

DÉFINITION

Nous réserverons le terme d'hydarthrose hérédosyphilitique tardive à un symptôme, caractérisé cliniquement par un épanchement liquidien chronique d'une ou de plusieurs cavités synoviales articulaires, épanchement constitué sous la dépendance unique de la syphilis héréditaire, survenant au delà des deux ou trois premières années de la vie, au cours de la seconde enfance, de l'adolescence ou de l'âge adulte.

Par cette définition, nous écarterons les hydarthroses, dues à un autre facteur que l'hérédosyphilis, survenant sur un terrain hérédosyphilitique.

Nous ne retiendrons pas le terme « d'hydarthroses subaiguës » créé par GERSON, dans sa thèse, en 1927. Pour nous, une hydarthrose, de par la définition même du mot, ne peut être que chronique.

Nous distinguerons, au point de vue local, clinique et radiologique, deux formes d'hydarthrose hérédosyphilitique tardive :

Une première, décrite par CLUTTON en 1886, dans laquelle l'hydarthrose est *essentielle*, indépendante de toute affection osseuse. Cette forme a longtemps été niée par différents auteurs.

Une seconde, décrite par Alfred FOURNIER en 1886 également, dans laquelle l'affection la plus apparente, l'hydarthrose, est *symptomatique* d'une lésion osseuse sous-jacente discrète.

Le terme d'hydarthrose hérédosyphilitique tardive « essentielle » peut prêter à confusion. Nous le conserverons cependant, avec la signification qu'Alfred

FOURNIER et les auteurs qui ont suivi ont attribué à l'adjectif « essentiel » en ce cas particulier.

Une hydarthrose hérédo-syphilitique tardive essentielle, dans leur idée, était une hydarthrose hérédo-syphilitique tardive d'origine uniquement synoviale, primitive et nullement secondaire à une lésion osseuse de même nature. Nous nous permettons d'insister sur ce point.

HISTORIQUE

Nous trouvons dans le mémoire de RICHET sur les tumeurs blanches, en 1853, la phrase suivante : « J'ai la conviction que bon nombre d'hydarthroses chroniques, rebelles à tout traitement, ne sont autre chose que des synovites syphilitiques. » On ne pensa tout d'abord qu'à la syphilis acquise.

FATOU, en 1924, estime que RICHET a voulu faire allusion à l'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive.

HUTCHINSON, en 1857, décrit sa triade symptomatique de l'hérédo-syphilis (kératite interstitielle, malformations dentaires et surdité), et signale l'hydarthrose, mais ne paraît pas lui attacher d'importance clinique. « On voit parfois, chez les hérédo-syphilitiques, écrit-il, se développer, en même temps que la kératite interstitielle, un épanchement mono ou poly-articulaire, frappant souvent les genoux symétriquement, et cet épanchement est indolore. »

FORSTER, le premier, en 1876, insiste sur l'évolution parallèle de l'hydarthrose et de la kératite interstitielle.

CLUTTON, en 1886, publie onze cas de synovite symétrique des genoux, apparue chez des sujets atteints de syphilis héréditaire, se traduisant par une hydarthrose essentielle, absolument indépendante de toute affection osseuse, symétrique, indolente, chronique, coïncidant dix fois sur onze avec une kératite interstitielle.

Alfred FOURNIER, en 1886 également, fait paraître ses leçons sur la syphilis héréditaire tardive, et décrit

l'hydarthrose dans le cadre des ostéo-arthropathies hérédo-syphilitiques tardives. « Les hydarthroses sont symptomatiques d'une lésion osseuse beaucoup moins apparente », écrit-il, avec cependant cette réserve pour l'avenir : « J'avoue n'avoir pas encore observé, pour ma part, de cas identiques à ceux que vient de publier le Docteur CLUTTON. »

En 1901, PUECH, de Bordeaux, signale l'importance de l'hydarthrose : « La triade d'Hutchinson devrait s'adjoindre un facteur important et s'appeler une pléiade où l'hydarthrose du genou jouerait un rôle aussi, sinon plus prépondérant, parce que plus fréquent, que les troubles de l'audition. »

En 1906, Bruno Bosse a la bonne fortune de pouvoir examiner au microscope la synoviale de trois hydarthroses hérédo-syphilitiques tardives, à la faveur de biopsies pratiquées au cours d'interventions chirurgicales.

MORESTIN, en 1907, insiste sur l'importance du diagnostic : « Soupçonnez la syphilis et donnez le bon traitement, en quelques jours le malade sera guéri ; passez à côté, et le mal durera, s'aggravant sans cesse, en dépit des moyens mis en œuvre. »

JACQUEAU, de Lyon, en 1908, à propos de cinq observations d'hydarthroses doubles des genoux coïncidant avec une kératite interstitielle, insiste sur la coexistence fréquente de la kératite et de l'hydarthrose.

FOUQUET, en 1913, publie le premier examen cytologique et la première réaction de Wassermann d'un liquide d'hydarthrose, admet la possibilité d'hydarthroses essentielles qu'il avait niée précédemment : « Quoique j'aie mis en doute cette particularité dans ma thèse (1905), le cas que je viens d'observer ne présentait aucune trace de lésions osseuses ; c'est en quelque sorte une manifestation de la syphilis localisée uniquement à la synoviale. »

PILLON, dans sa thèse, en 1914, croit à la réalité de l'hydarthrose essentielle type CLUTTON, mais n'ose pas trop l'affirmer.

MERLIER, élève de CANTONNET, dans sa thèse de 1918, et CANTONNET lui-même, dans un article de 1919, proposent de transformer la triade d'HUTCHINSON en tétrade par l'adjonction d'un quatrième symptôme, l'hydarthrose, « symptôme fort important, bien plus fréquent que la surdité ».

ROUGIER, en 1924, signale la fréquence de l'hydarthrose essentielle : « Un nombre considérable d'hydarthroses doubles, du type CLUTTON, ont été publiées dans les thèses qui traitent de la syphilis articulaire. »

FATOU, en 1924 et en 1927, insiste sur cette fréquence : « La forme articulaire pure est la manifestation de beaucoup la plus caractéristique et la plus fréquente de l'hérédo-syphilis articulaire tardive. Négligée des syphiligraphes, elle est bien connue des ophtalmologistes. » En 1924 et en 1927, le même auteur étudie la cytologie et la réaction de Wassermann des liquides d'hydarthrose.

LANCE et HUC, en 1927, signalent la difficulté du diagnostic différentiel des lésions articulaires de la syphilis héréditaire tardive.

KLAUDER et ROBERSTON, en 1934, à propos de 363 hérédo-syphilitiques, étudient la fréquence de l'hydarthrose essentielle type CLUTTON.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce qui nous intéresse dans l'anatomie pathologique de cette question, c'est de rechercher si l'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive doit être rangée dans le cadre des ostéo-arthropathies, ou peut être considérée comme une manifestation essentielle, localisée uniquement à la synoviale articulaire.

En l'absence de constatations nécropsiques, et l'on comprend pourquoi les autopsies sont rares en de telles circonstances, nous examinerons les conclusions des différents auteurs, formulées d'après leurs examens cliniques, radiologiques ou biopsiques.

CLUTTON, en 1886, signale l'existence d'hydarthroses « essentielles en tant que manifestations d'hérédosyphilis, indépendantes de toute affection osseuse ».

La même année, Alfred FOURNIER émet une opinion contraire : « L'hydarthrose simple, de forme chronique, masque des tuméfactions osseuses dont elle ne constitue qu'un épiphénomène, une conséquence.... On voit la grosse lésion, l'hydarthrose, et l'on risque, sauf à un examen minutieux, de ne pas voir la lésion véritable, à savoir la lésion osseuse qui, de fait, est beaucoup moins apparente. »

Longtemps, l'influence d'Alfred FOURNIER se manifestera en France, l'hydarthrose type CLUTTON sera niée, ou considérée comme une forme rare, ou trompeuse.

SAINT-PIERRE, dans sa thèse de Lyon de 1900, en donne une observation qui serait le treizième cas pu-

blié et conclut : « C'est donc un accident relativement rare. »

MÉTAYER, en 1904, admet sa fréquence clinique, mais ne croit pas qu'elle corresponde à la réalité anatomique : « Souvent on ne trouve pas de symptômes osseux, l'hydarthrose paraît essentielle. »

FOUQUET, en 1905, nie son existence : « Les hydarthroses doubles décrites par CLUTTON doivent rentrer parmi les ostéo-arthropathies. »

MORESTIN, en 1907, déclare : « On ne saurait admettre comme chez l'adulte (syphilis acquise) une forme synoviale. Les altérations osseuses sont si communes, constituent si bien la règle dans la syphilis articulaire chez l'enfant, que l'on peut admettre, dans les cas où elles paraissent manquer, qu'elles échappent simplement à nos moyens d'exploration. Cela est vrai en particulier de l'hydarthrose double. »

Edmond FOURNIER, en 1921, admet que « les hydarthroses peuvent exister seules, constituer des hydarthroses essentielles; mais le plus souvent, quand on les examine de près, on ne tarde pas à constater qu'elles ne font que masquer des tuméfactions osseuses sous-jacentes ».

C'est également l'avis de MÉNARD et MOZER (1923) : « Il est fréquent de rencontrer une réaction osseuse, qui peut se traduire soit à la simple palpation, soit à la mensuration du membre, soit à la radiographie. Celle-ci montre des taches claires dans la région bulbair, situées de part et d'autre du cartilage de conjugaison. »

LANCE et HUC (1927) pensent de même : « La radiographie montre souvent des lésions discrètes (taches claires et foncées) dans l'épiphyse ; il faut les rechercher avec soin et comparer la radiographie des deux genoux pour les découvrir. »

Tous les auteurs que nous venons de citer nient, à la lumière de constatations cliniques et, pour certains, radiologiques, la possibilité d'hydarthroses essentielles.

D'autres auteurs ont une opinion différente.

PILLON, en 1914, admet, au point de vue clinique, l'hydarthrose essentielle : « Cette forme constitue une entité clinique. Est-ce à dire qu'elle soit une entité anatomique, qu'en réalité il n'existe pas une lésion osseuse légère qui explique l'épanchement articulaire ? Nous n'en savons rien, les examens anatomiques nous manquent ; l'examen radiographique, en tout cas, montre un squelette qui semble absolument normal. »

DUPUY DE LA BADONNIÈRE, en 1921, croit à l'existence d'hydarthroses essentielles : « L'hydarthrose n'existe pas seulement en tant qu'épiphénomène, comme le veulent les auteurs classiques, mais en tant que symptôme pur, essentiel. Toutes les radiographies que nous avons faites pour les articulations lésées ont été négatives. » Cependant, si les extrémités osseuses juxta-articulaires étaient indemnes dans ses observations, il a remarqué que l'hydarthrose du genou coïncide parfois avec des lésions, patentes ou décelées seulement par la radiographie, siégeant sur la diaphyse des os longs des membres et sur les os du crâne, et il propose, pour désigner cet ensemble, le terme de « contingent ostéo-articulaire ».

Il semble à CLÉMENT, en 1922, « qu'il faille bien admettre aujourd'hui l'existence de ces formes pures d'hydarthrose, dans lesquelles la radiographie montre un squelette absolument normal ».

FATOU, en 1924, admet que « la forme articulaire pure est la manifestation de beaucoup la plus caractéristique et la plus fréquente de l'hérédosyphilis articulaire tardive ; négligée des syphiligraphes, elle est bien connue des ophtalmologistes ». Dans ses travaux ultérieurs et dans les thèses qu'il a inspirées, il confirmera cette opinion.

KLAUDER et ROBERTSON, en 1934, publient les euseignements tirés de l'étude d'une série de 63 cas d'hydarthrose type Clutton (Clutton's joints). Ils n'ont trouvé à la radiographie aucune lésion osseuse.

De tout ce qui précède, nous pouvons conclure, au point de vue clinique et radiographique :

1° L'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive symptomatique, décrite en France par Alfred FOURNIER en 1886, existe avec une fréquence qui, considérée tout d'abord par l'Ecole Française comme très grande et presque absolue, paraît actuellement beaucoup moindre que ne l'ont affirmé les premiers auteurs.

2° L'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive essentielle, décrite en Angleterre par CLUTTON en 1886, bien connue dans les pays de langue anglaise, niée tout d'abord en France, puis considérée comme rare, tend de plus en plus à gagner du terrain et à être décrite comme la forme la plus fréquente.

Est-il certain que l'aspect clinique ou radiographique de ces hydarthroses essentielles corresponde bien à la réalité anatomique ?

Pour répondre à cette question, nous citerons, à défaut de constatations nécropsiques, les conclusions de Bruno Bosse (1906), qui a étudié, à la faveur d'une biopsie faite chez trois enfants porteurs d'hydarthroses hérédo-syphilitiques tardives rebelles au traitement de l'époque et opérées comme tuberculeuses, les lésions microscopiques de la synoviale, de l'articulation et des os voisins.

Nous empruntons le résumé des constatations de Bruno Bosse à l'article de PÉHU de 1934 sur la Syphilis articulaire de la seconde enfance :

« Le processus est caractérisé principalement par un tissu de granulation, très riche en cellules et vascularisé d'une façon variable. C'est dans la couche interne de la synoviale que les altérations sont le plus marquées : on y constate en grande abondance des cellules rondes, une dilatation marquée des espaces lymphatiques ; ça et là, de petites hémorragies. Surtout le microscope montre des gommes miliaires et des lésions vasculaires accentuées, quelques-unes oblitérantes. Ces deux altérations peuvent être considérées comme caractéristiques de la syphilis. Le stratum inter-

medium est lui-même altéré : il présente une hyper-vascularisation, avec une infiltration péri-artérielle accentuée. La couche externe est peu lésée. On doit observer que, tout au moins dans les cas rapportés par M. Bosse, les lésions prédominent sur la couche interne de la synoviale. Cela fait supposer, non pas une lésion ayant gagné de proche en proche en partant de l'os voisin, mais une inoculation de la séreuse par voie sanguine.

« Les tissus périarticulaires participent activement au processus. On y constate surtout des lésions vasculaires portant à la fois sur les artères et sur les veines. Bosse a également noté — et il y insiste — des lésions musculaires consistant en des atrophies plus ou moins étendues.

« De ses recherches, il tire cette conclusion que la synoviale et les tissus périarticulaires sont fortement altérés ; mais l'ensemble ne permet pas une confusion avec la tuberculose. Les examens microscopiques ne montrent en effet ni tubercule, ni caséum, ni cellules géantes. Au contraire, on trouve du tissu de granulation, des gommes miliaires et des lésions vasculaires. Ce sont les caractéristiques de la syphilis. »

Au point de vue osseux, « il n'y a pas eu concordance absolue entre les aspects radiographiques et les constatations faites par le microscope. On conçoit, d'ailleurs, que des altérations, par exemple des gommes, d'une faible étendue, d'une minime épaisseur, puissent n'être pas imprimées sur les films ».

Les constatations biopsiques de Bruno Bosse ne nous permettent pas de conclure à l'existence anatomique d'hydarthroses essentielles. Nous pouvons cependant conclure à leur existence clinique et radiologique, qui n'est plus discutée.

ÉTUDE CLINIQUE

Allons-nous, dans cette étude clinique, envisager deux chapitres dont l'un traiterait des hydarthroses essentielles, l'autre des hydarthroses symptomatiques. Ce serait peu pratique. Nous préférons étudier dans une vue d'ensemble les symptômes communs aux deux modalités, en nous réservant d'insister sur ce qui paraît appartenir plus particulièrement à l'une ou à l'autre forme.

Le malade atteint d'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive est le plus souvent âgé de cinq à vingt-six ans, avec un maximum de fréquence entre huit et quinze ans. Ces chiffres n'ont rien d'absolu, et nous pouvons très bien admettre que des observations futures nous apporteront la preuve d'hydarthroses hérédo-syphilitiques tardives survenant à un âge plus avancé de la vie.

Le sexe féminin est plus souvent atteint que le sexe masculin. Nous devons immédiatement faire remarquer que la kératite interstitielle, avec laquelle l'hydarthrose coexiste souvent, est également plus fréquente chez les femmes.

Le début est insidieux, c'est presque la règle. Cependant KLAUDER et ROBERTSON, en 1934, notent une fois l'apparition soudaine d'une hydarthrose type Clutton aux genoux, au cours d'un traitement pour kératite interstitielle. En 1927, GERSON, dans sa thèse, signalait également que l'on pouvait voir des hydarthroses chroniques se constituer par poussées subaiguës.

L'indolence est un caractère important de la période de début et de la période d'état.

Cette indolence est telle que certains malades, peu habitués à s'examiner, ignorent leur lésion et continuent à travailler.

L'hydarthrose pourra alors être découverte « au hasard d'un examen médical. » (NOBÉCOURT). Plus souvent, si elle coexiste avec des troubles oculaires, elle sera dépistée par l'ophtalmologiste qui, « reconnaissant une kératite interstitielle, recherche de partipris l'hydarthrose, et la constate. » (CANTONNET). Plus rarement, un accident attirera l'attention sur elle ; on a pu alors parler du rôle « providentiel » de ce traumatisme.

D'autres fois, le malade connaît l'existence de sa lésion, mais ne s'en inquiète pas, car il n'en souffre pas, c'est un événement fortuit qui l'amène à consulter. Le fait suivant, observé par NICOLAS et PÉTOURAUD, est démonstratif à cet égard : « C. Joseph, âgé de 15 ans, nous est montré fortuitement par sa grand-mère qui venait à la consultation pour un eczéma, et qui nous demande de bien vouloir examiner son petit-fils. Ce jeune homme était porteur d'une hydarthrose bilatérale des genoux depuis plusieurs mois. »

CLUTTON et FOURNIER, dès 1886, avaient signalé cette indolence. Ce dernier auteur écrivait : « Les malades arrivent à ne plus s'inquiéter de cette hydarthrose, à ne plus en réclamer la guérison, parce qu'ils n'en souffrent pas, parce qu'ils y sont faits et que cela ne les gêne plus en rien. »

Par contre, dans quelques observations, la douleur existe, « certains malades souffrent au point de s'aliter » (DUPUY DE LA BADONNIÈRE).

Cette hydarthrose à début insidieux, indolente, siège, par ordre de fréquence, aux genoux, aux coudes, aux articulations tibio-tarsiennes, aux poignets.

Mais les genoux sont de beaucoup les plus souvent atteints.

Comment expliquer la fréquence de cette localisation ?

Faut-il invoquer des raisons d'ordre physiologique et « incriminer le travail considérable auquel cette articulation est soumise » (DUPUY DE LA BADONNIÈRE).

Faut-il, avec BROCA, considérer que « le genou est une articulation facile à voir, facile à palper ; un gonflement, un épaississement des parties molles, un épanchement même léger ne nous échappent guère ».

CLUTTON, en 1886, écrivait : « Je ne puis pas expliquer pourquoi les genoux sont plus particulièrement pris, de préférence aux autres jointures ; avec une observation plus approfondie, on trouverait d'autres jointures affectées. »

Pour illustrer cette affirmation, nous pouvons citer l'observation de FOUQUET (1913) qui, chez une malade de 21 ans, signale la multiplicité des articulations atteintes d'hydarthrose ; les genoux, les coudes, les poignets, les articulations sterno-claviculaires étaient atteintes simultanément et symétriquement.

L'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive est bilatérale et symétrique.

« Bilatéralité ne veut pas dire simultanité », a dit BROCA. La deuxième hydarthrose peut ne se déclarer qu'après un intervalle quelquefois long. La bilatéralité de l'hydarthrose, qui alors n'est pas simultanée, est dite successive (ETTORI). LANCE et HUC ont observé des formes alternantes. L'alternance leur paraît être un des caractères spéciaux à la syphilis et ils déclarent : « La forme hydarthrosique se produisant aux deux genoux soit simultanément, soit alternativement, acquiert pour le diagnostic de l'hérédo-syphilis une valeur absolue. » Enfin l'hydarthrose peut demeurer unilatérale, rarement. Dans ce cas, le genou atteint serait presque toujours le genou gauche (DUPUY DE LA BADONNIÈRE). Les formes généralisées à presque toutes les grosses articulations, comme dans l'observation de FOUQUET de 1913, sont également rares.

La symétrie, lorsqu'elle existe, est un phénomène

capital. « L'hydarthrose bilatérale des genoux est, dans presque tous les cas, une manifestation syphilitique. » (LANCE et HUG.)

Pour expliquer cette atteinte symétrique des articulations dans l'hérédo-syphilis, MAUCLAIRE, en 1909, se demande « si bon nombre de ces hydarthroses hérédo-syphilitiques ne sont pas dues à une infection médullaire qui, à distance, provoque un épanchement articulaire de nature névropathique ».

Cette idée est reprise sous une autre forme par Mathieu-Pierre WEILL en 1924 : « On peut se demander s'il ne faut pas incriminer une origine nerveuse, radiculaire ou névritique dans le déterminisme de certaines arthrites syphilitiques. On conçoit mal, en effet, sans l'intervention du système nerveux, la bilatéralité de ces arthrites et des hydarthroses qui les révèlent. »

Quoi qu'il en soit, cette atteinte bilatérale et symétrique se traduira différemment, suivant que nous aurons affaire à une hydarthrose essentielle ou à une hydarthrose symptomatique.

Dans le premier cas, nous aurons une hydarthrose bilatérale symétrique.

Dans le second, « la symétrie n'implique pas toujours l'identité des lésions anatomiques : on peut avoir une hydarthrose d'un genou, par exemple, et une arthrite fongueuse de l'autre genou » (LANCE et HUG). MÉNARD et MOZER signalent les associations suivantes : « hydarthrose d'un côté et simple épaississement synovial de l'autre, hydarthrose simple et hydarthrose avec épiphysite ; hydarthrose et fausse tumeur blanche ».

Si nous examinons maintenant le genou, ou l'un des genoux atteints, nous lui trouvons une peau de coloration normale. La température locale, pas plus que la température générale, n'est augmentée, sauf rarement en cas de poussées subaiguës. Nous trouvons un épanchement liquidien de volume variable, parfois minime, parfois considérable, donnant des

genoux énormes. Mais il n'est jamais sous tension.

Quel que soit le volume de l'épanchement, l'impotence fonctionnelle est nulle ou peu intense ; la motilité est normale, il n'existe pas de contracture, pas d'attitudes vicieuses. L'atrophie musculaire est modérée, relativement légère, même dans les cas anciens.

Enfin, signe très important, l'adénopathie satellite est absente dans l'hydarthrose hérédosyphilitique.

Cette hydarthrose non traitée, ou insuffisamment traitée, va évoluer. Son évolution sera chronique. L'hydarthrose persistera pendant des mois et même des années, revêtant parfois une forme intermittente.

Des complications locales pourront survenir : « La synoviale s'épaissira, les ligaments se relâcheront et, dans certains cas, des subluxations ou des luxations complètes pourront se produire. En tout cas, la restitutio ad integrum sera impossible si on laisse l'articulation sans traitement spécifique » (DUPUY DE LA BADONNIÈRE).

Des complications générales, qui ne seront que des manifestations cliniques postérieures à l'hydarthrose de la maladie syphilitique du sujet, surviendront également. Nous en parlerons dans d'autres chapitres.

EXAMENS DE LABORATOIRE

Nous venons d'étudier les principaux signes cliniques de l'hydarthrose hérédosyphilitique tardive, son début insidieux, son développement aplegmasique, son indolence, sa localisation bilatérale et symétrique, son évolution chronique.

Nous serons très bref sur les signes radiologiques. Nous insisterons seulement sur la nécessité de demander toujours, pour les comparer, les radiographies

des deux articulations symétriques. Certaines radiographies prises dans ces conditions semblent démontrer l'intégrité osseuse juxta-articulaire, d'autres mettent en évidence des lésions osseuses plus ou moins discrètes. Nous en avons parlé précédemment, nous n'y reviendrons pas. Il serait peut-être intéressant de rechercher radiologiquement la fréquence du « contingent ostéo-articulaire » signalé par DUPUY DE LA BADONNIÈRE. Mais cette recherche systématique est impossible pour des raisons pécuniaires, chez l'enfant et chez l'adolescent.

Nous nous proposons maintenant d'étudier dans quelle mesure le laboratoire peut nous venir en aide pour établir la nature hérédosyphilitique d'une hydarthrose.

Nous étudierons successivement : 1° la cytologie du liquide d'hydarthrose ; 2° le Wassermann du sang ; 3° le Wassermann du liquide d'hydarthrose.

FOUQUET, en 1913, signale une formule lymphocytaire ; DEROCQUE, en 1930, publie une formule identique. Ces cas semblent l'exception.

DUPUY DE LA BADONNIÈRE, en 1921, cite les chiffres trouvés par le Professeur FABRE pour ses malades, et conclut à une formule nettement inflammatoire.

FATOU, en 1924, affirme le caractère histologiquement purulent des épanchements articulaires de l'hérédosyphilis tardive. Il insiste sur le caractère paradoxal de cette formule cytologique, qui se maintient, même dans les formes les plus chroniques.

« Les polynucléaires sont le plus souvent intacts. La polynucléose a toujours varié entre 70 et 95 %, la lymphocytose variant de 0 à 5 %, le complément du pourcentage étant fourni par des cellules de desquamation. »

« Cette polynucléose est permanente, persistant au cours d'un traitement énergique, jusqu'à l'assèchement de l'articulation. »

Et nous trouvons, dans les travaux ultérieurs de FATOU et dans les thèses qu'il a inspirées : « Ces

hydarthroses sont, histologiquement parlant, des pyarthroses ».

ETTORI conclut, en 1930 : « Il semble que le tréponème soit pyogène comme l'avait soutenu GRANCHER. »

Le Wassermann du sang, dans le cas d'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive, a été beaucoup moins étudié que le Wassermann du liquide d'hydarthrose.

FOUQUET, en 1913, note la positivité du Wassermann dans le liquide articulaire.

ROUGIER, en 1924, insiste sur la grande valeur de la réaction de Wassermann positive au maximum dans le liquide articulaire, alors qu'elle peut être négative dans le sang, comme il arrive dans l'hérédo-syphilis tardive.

BLUM et FATOU, en 1927, notent la « positivité maxima de la réaction de Wassermann dans le liquide articulaire, même alors que le Wassermann du sang est devenu négatif » et montrent l'intérêt qu'il y a à rapprocher ce fait de la persistance de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien, dans le liquide d'hydrocèle, dans le liquide péritonéal ou pleurétique prélevé chez des syphilitiques atteints de localisations correspondantes de la maladie.

Ces deux caractères, la polynucléose paradoxale fréquente du liquide d'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive et la positivité maxima de la réaction de Wassermann de ce même liquide, nous paraissent vraiment dignes d'être toujours recherchés. Cependant, comme en clinique rien n'est absolu, nous pouvons, dans certains cas, supposer leur carence. Ce ne sera pas pour nous une raison suffisante pour écarter immédiatement le diagnostic d'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive si, d'après les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels du malade la coexistence possible d'autres lésions ou l'aspect clinique de l'hydarthrose, nous avons des raisons sérieuses de penser à sa nature hérédo-syphilitique tardive.

DIAGNOSTIC POSITIF

Nous étudierons dans ce chapitre deux questions différentes : 1° la recherche du terrain hérédo-syphilitique tardif ; 2° la recherche de la nature hérédo-syphilitique tardive d'une hydarthrose survenant sur ce terrain.

La recherche du terrain hérédo-syphilitique tardif ne donne que bien peu de satisfactions à ceux qui n'acceptent que des signes de certitude, cliniques, bactériologiques ou sérologiques, et qui écartent systématiquement les signes de probabilité.

L'hérédo-syphilis tardive, en effet, ne comporte pour ainsi dire jamais, dans le passé, d'accidents de syphilis efflorescente, l'hérédo-syphilis tardive est discrète et demande à être recherchée. Sa sérologie est souvent négative.

Dans le cas qui nous occupe, l'hydarthrose sera trop fréquemment le premier symptôme apparent, et souvent méconnu, de la maladie syphilitique du sujet.

Aussi pensons-nous qu'il est très important de procéder avec méthode et, selon les principes de notre maître, M. Marcel PINARD, de rechercher par un interrogatoire bien conduit, dans les antécédents héréditaires du sujet en remontant jusqu'aux grands-parents, dans ses antécédents collatéraux et personnels, les petits signes de syphilis, les signes mineurs, bien plus importants aujourd'hui qu'autrefois, depuis que les signes majeurs de la syphilis héréditaire sont devenus rares sous l'influence des traitements suivis, avec plus ou moins de persévérance, par les parents.

Nous ne pouvons nous étendre plus longuement sur un sujet qui déborde le cadre de cette thèse. Nous avons tenu cependant, en l'effleurant, à montrer son importance. De toute façon, des recherches ainsi conduites éviteront au médecin ce reproche formulé par MORESTIN en 1907 : « La syphilis est fréquemment méconnue. Ce n'est pourtant pas toujours sa faute ».

La reconnaissance du terrain hérédo-syphilitique du sujet ne nous permettra pas de conclure d'une façon certaine à la nature hérédo-syphilitique de son hydarthrose. En effet, on peut être hérédo-syphilitique et faire une hydarthrose tuberculeuse, gonococcique ou traumatique. Le terrain hérédo-syphilitique est un excellent lit pour la tuberculose articulaire et osseuse.

Il est encore une autre façon d'envisager la question, c'est de se demander si, chez un hérédo-syphilitique, une hydarthrose ne peut pas être due à l'influence locale simultanée de la syphilis et de la tuberculose, de la syphilis et de la gonococcie, de la syphilis et du traumatisme.

Quoi qu'il en soit, notre recherche du terrain hérédo-syphilitique n'aura pas été vaine dans ces cas. Nous pourrions le modifier favorablement en prenant bien soin de choisir des médicaments dont l'action soit utile, ou tout au moins ne soit pas nuisible à l'évolution heureuse de l'affection associée.

Nous avons trouvé, ou nous n'avons pas trouvé des signes de certitude ou, plus modestement, de probabilité, d'un terrain hérédo-syphilitique. Nous considérons maintenant l'hydarthrose et nous nous posons la question : « Est-elle hérédo-syphilitique ? » Si elle est hérédo-syphilitique, elle sera forcément tardive, car nous n'avons pas trouvé un seul cas d'hydarthrose hérédo-syphilitique précoce mentionné dans toute la littérature que nous avons parcourue.

En faveur de la nature hérédo-syphilitique de cette hydarthrose, nous aurons tous les signes cliniques, cytologiques et sérologiques que nous avons précédemment mentionnés.

Il existe un autre signe que les ophtalmologistes ont bien étudié, c'est la coexistence fréquente d'une kératite interstitielle.

Les ophtalmologistes, pour affirmer la nature hérédo-syphilitique d'une kératite interstitielle et éliminer la possibilité d'une étiologie tuberculeuse, cherchaient les autres signes de la triade d'Hutchinson, malformations dentaires et surdité. Ils se sont bien vite aperçus qu'il existait un autre symptôme d'hérédo-syphilis sur lequel HUTCHINSON, en 1857, n'avait pas suffisamment insisté : l'hydarthrose, principalement localisée aux genoux.

C'est ainsi que PUECH, de Bordeaux, en 1901, propose de transformer la triade d'Hutchinson en « pléiade ». CANTONNET, en 1919, préfère le terme « tétrade ».

Cette hydarthrose, nouveau symptôme de la triade d'Hutchinson, transformée, à la demande de CANTONNET, et « pour les besoins de la clinique moderne », en tétrade, est bien plus fréquente que le symptôme surdité.

PUECH, en 1901, sur 27 cas de kératite interstitielle, trouve 11 sujets atteints d'hydarthrose, tandis que les troubles auditifs n'existaient que dans 5 cas.

JACQUEAU, de Lyon, en 1908, dans une communication faite au Congrès de la Société Française d'Ophthalmologie, estime que la kératite interstitielle s'accompagne d'hydarthrose dans la moitié des cas.

« Dans plus de la moitié des cas, kératite et hydarthrose vont ensemble, surtout lorsque le clinicien connaît leur corrélation et qu'il la recherche », écrit MERLIER, élève de CANTONNET, en 1918.

DUPUY DE LA BADONNIÈRE, en 1921, publie 8 nouvelles observations de kératite interstitielle accompagnée d'hydarthrose du genou et dans lesquelles une seule fois la surdité est relevée.

CLÉMENT, en 1922, signale 19 cas de kératite interstitielle associée à l'hydarthrose, note 7 fois les dents d'Hutchinson, une fois seulement la surdité.

L'hydarthrose est donc fréquente par rapport à la kératite.

La kératite est-elle fréquente par rapport à l'hydarthrose ?

Cet aspect de la question a été très peu étudié. CLUTTON, en 1886, sur 11 cas d'hydarthrose hérédosyphilitique, trouve 10 fois la kératite interstitielle, 5 fois les dents d'Hutchinson, 4 fois des exostoses tibiales et 2 fois seulement la surdité.

L'hydarthrose est-elle fréquente par rapport à l'hérédosyphilis ?

LÉO, en 1932, sur 292 cas d'hérédosyphilis, trouve 7 % d'hydarthroses.

KLAUDER et ROBERTSON, en 1934, sur 363 hérédosyphilitiques, trouvent 17 % d'hydarthroses.

Le plus souvent, lorsque la kératite et l'hydarthrose doivent coexister, elles éclatent en même temps; mais « parfois l'hydarthrose précède de quelques mois, d'un an au plus, la manifestation oculaire » (PUECH). Aussi MERLIER, en 1918, écrit-il que « la constatation d'une hydarthrose hérédosyphilitique tardive doit commander un traitement antisiphilitique intensif pour prévenir l'apparition d'une kératite ».

A notre avis, l'hydarthrose, du seul fait que sa nature syphilitique est reconnue, doit commander un traitement intensif. Mais nous connaissons trop bien les malades et leurs familles pour savoir avec quelle facilité ils se dérobent à un traitement de longue durée, même gratuit, lorsqu'ils ne souffrent pas. Aussi saurons-nous à l'occasion agiter l'épouvantail de la kératite et de la cécité possible, pour démontrer à des malades peu dociles, en ce cas particulier, l'utilité du traitement.

Les ophtalmologistes, à qui nous devons décidément beaucoup dans l'étude de l'hydarthrose hérédosyphilitique tardive, ont insisté sur l'insouciance avec laquelle les malades considèrent ce symptôme indolore et qui ne diminue pas sensiblement leur activité, et sur la nécessité de sa recherche systématique.

« Parents ou malades ne vous parleront pas d'une affection qui ne saurait avoir pour eux la moindre relation oculaire. Cette relation est du reste ignorée de beaucoup de praticiens. » (PUECH, 1901.)

« Cette hydarthrose est indolore, ni l'enfant ni les parents ne la signalent au médecin; celui-ci doit donc la rechercher systématiquement, sinon elle passera inaperçue. » (CANTONNET, 1919.)

Ne nous est-il pas permis de conclure, par analogie : beaucoup de malades, lorsque l'hydarthrose est l'unique symptôme apparent de leur maladie syphilitique héréditaire, ne consultent pas.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel de l'hydarthrose hérédosyphilitique tardive est à faire avec l'hydarthrose tuberculeuse, l'hydarthrose gonococcique, l'hydarthrose traumatique.

La confusion la plus fréquente et la plus regrettable est faite avec l'hydarthrose tuberculeuse. Alfred FOURNIER, dès 1886, écrivait : « Les manifestations héréditaires à échéance plus ou moins tardive de la syphilis sont presque toujours méconnues, presque toujours rapportées indûment à la scrofule ». Cette confusion est grave, en ce qu'elle prive l'hérédosyphilitique du seul traitement efficace, et le condamne « aux bains de mer, à l'huile de foie de morue, aux pointes de feu » (MORESTIN) ; aux plâtres à répétition et parfois à des méthodes sanglantes, la synovectomie par exemple. Nous avons trouvé, dans la thèse de CLÉMENT, l'observation d'un malade venu au monde syphilitique, dont la maladie ne fut reconnue qu'à 42 ans, après maints séjours dans les hôpitaux et une amputation de cuisse au tiers inférieur. Le fait n'est pas unique. Aussi importe-t-il de distinguer l'hydarthrose hérédosyphilitique tardive et l'hydarthrose tuberculeuse.

L'hydarthrose tuberculeuse, tout comme l'hydarthrose hérédosyphilitique, peut avoir un début insidieux, un développement aphlegmasique, se montrer indolente, être parfois bilatérale. Les signes radiologiques ne sont pas nets.

Mais, dans l'hydarthrose hérédosyphilitique, l'atrophie musculaire est modérée ; dans l'hydarthrose

tuberculeuse, les masses musculaires, surtout du côté des extenseurs, fondent rapidement dès la période initiale. Dans l'hydarthrose hérédo-syphilitique, l'adénopathie est absente ; on constate dans l'hydarthrose tuberculeuse un engorgement ganglionnaire, signe capital pour MÉNARD et MOZER.

La cytologie de l'hydarthrose hérédo-syphilitique donne le plus souvent une polynucléose paradoxale, le liquide d'hydarthrose tuberculeuse est le plus souvent riche en lymphocytes. Dans le liquide d'hydarthrose hérédo-syphilitique, nous aurons une réaction de Wassermann positive au maximum, réaction absente avec le liquide d'hydarthrose tuberculeuse qui, par contre, injecté en quantité suffisante au cobaye, le tuberculiserait nettement.

Un autre signe peut être tiré de l'évolution différente des deux affections. Les hydarthroses hérédo-syphilitiques, plâtrées ou non, ne font jamais d'ankylose, ce qui n'est pas la règle pour l'hydarthrose tuberculeuse.

Examinons maintenant le diagnostic différentiel entre l'hydarthrose syphilitique et l'hydarthrose gonococcique. On y pensera chez l'adolescent et chez l'adulte, on y pensera aussi chez l'enfant, la petite fille surtout, atteinte secondairement à une vulvovaginite. L'examen clinique et bactériologique des organes génitaux et urinaires, l'atteinte mono-articulaire, la rapidité de l'impotence fonctionnelle et de l'atrophie musculaire, la tendance à l'ankylose, feront le diagnostic.

Un diagnostic différentiel très intéressant nous reste à faire entre l'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive et l'hydarthrose traumatique.

Par traumatisme, nous n'entendons pas, dans ce chapitre, les microtraumatismes répétés, le traumatisme habituel physiologique par lequel nous pouvons tenter d'expliquer la localisation plus fréquente de l'hydarthrose à certaines articulations. Nous n'envi-sageons ici que le traumatisme accidentel.

COUTELA, en 1926, au XI^e Congrès de Médecine

légale, rapporte un cas d'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive consécutive à un traumatisme. Nous en trouvons l'observation résumée dans la thèse d'ELIET: « Une enfant de 12 ans fait une chute qui provoque une plaie superficielle de la région prérotulienne. Quelque temps après apparaît une hydarthrose du genou qui, étant donné sa persistance insolite, fait penser à la tuberculose. Mais, trois mois après le début des accidents, la fillette présentant des troubles oculaires, l'auteur constate une kératite interstitielle typique. Le Bordet-Wassermann du sang était positif. Tous les accidents cédèrent au traitement spécifique. »

L'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive peut simuler un accident du travail, soit que le malade, ignorant sa lésion, l'attribue de bonne foi à un traumatisme révélateur, soit que, connaissant l'existence de son hydarthrose, il invoque un accident du travail pour bénéficier des avantages de la loi.

FATOU, en 1924, signale qu'un de ses malades avait d'abord été hospitalisé dans un service de chirurgie comme accident du travail. Après un examen minutieux, le diagnostic d'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive fut posé, en raison de la bilatéralité et de l'indolence du symptôme, de la positivité maxima du Wassermann du liquide d'hydarthrose et de sa polynucléose paradoxale.

Les familles, très souvent, aiment à invoquer l'action d'un traumatisme pour expliquer l'hydarthrose. CANTONNET, en 1919, émet l'idée que « bien des hydarthroses de l'enfant, considérées comme post-traumatiques, parce que survenant après un traumatisme insignifiant, ne sont sans doute que des épanchements hérédo-syphilitiques. »

Nous n'avons pas la prétention de nier l'existence des hydarthroses traumatiques, mais nous pensons que si l'examen de celles-ci n'a pas mis notre méfiance en éveil, nous devons, par la suite, nous rappeler le principe formulé par BROCA en 1921 : « Il faut toujours s'enquérir de la vérole quand on voit traîner une hydarthrose post-traumatique ».

TRAITEMENT ⁽¹⁾

CLUTTON, dès 1886, pose les principes du traitement de l'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive : « Cette affection est bien plus accessible à l'action du traitement antisyphilitique qu'aux médications vulgaires de l'hydarthrose ».

Les différents auteurs que nous avons consultés s'accordent sur la nécessité d'un traitement antisyphilitique immédiat, intense et prolongé, afin, comme le demande notre maître, M. Marcel PINARD, de guérir non pas seulement le symptôme d'une façon définitive, mais aussi la maladie que ce symptôme a démontrée.

Les premiers auteurs ont employé le mercure et l'iodure, nous possédons actuellement un arsenal médicamenteux antisyphilitique varié et puissant, mais n'y a-t-il pas lieu de faire un choix parmi ces différents produits ?

(1) Nous ne parlons pas du traitement d'épreuve proposé par certains pour affirmer la nature hérédo-syphilitique d'une hydarthrose, ou nier cette étiologie.

En effet, par un traitement d'épreuve, on cherche d'habitude à obtenir une réponse rapide. Or certaines hydarthroses hérédo-syphilitiques tardives indiscutables n'obéissent que très tard au traitement antisyphilitique le mieux dirigé.

D'autre part, il peut arriver qu'une hydarthrose tuberculeuse survenant sur un terrain hérédo-syphilitique soit rapidement améliorée au début par un traitement arsenical.

Le traitement d'épreuve nous semble dans le cas d'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive un mauvais moyen de diagnostic.

Les ophtalmologistes, habitués à traiter l'hydarthrose lorsqu'elle coexiste avec la kératite, aiment bien le mercure. CANTONNET écrit en 1919 : « Cette hydarthrose, comme la kératite, et même mieux qu'elle, obéit au traitement hydrargyrique ; celui-ci devra être continué longtemps ; rappelons-nous ce que disait PANAS : « Le mercure est l'huile de foie de morue de l'hérédo-syphilitique. »

Dans certains cas, le mercure est contre-indiqué, lorsqu'il s'agit d'un diagnostic particulièrement difficile entre la syphilis et la tuberculose, et que l'on désire instituer un traitement d'épreuve.

De même le bismuth, plus récemment employé, est un médicament nuisible lorsqu'il existe des lésions osseuses juxta-articulaires (nous savons qu'anatomiquement il nous est impossible de nier l'existence de ces lésions), ou des lésions osseuses à distance.

« Les sels de bismuth nous ont donné des réactions locales marquées. » (LANCE et HUC, 1927.)

BRIZARD (1928) considère le bismuth comme nuisible dans ces cas. « Le bismuth, très souvent, dès la troisième injection, entraîne des réactions congestives périostées ou épiphysaires extrêmement douloureuses qui obligent à interrompre le traitement. Il ne s'agit pas là d'une simple réaction passagère, les manifestations se reproduisent si on reprend le traitement par la même médication après quelques semaines de repos et elles persistent pendant toute la durée de la série. »

Pour ces différentes raisons, la majorité des auteurs adopte actuellement pour le traitement d'attaque l'arsenic, qui aurait l'avantage d'agir vite et de frapper fort, et d'être relativement bien toléré, à part quelques réactions locales d'Herxheimer qui ont été signalées.

BRIZARD préconise le novarsénobenzol intra-veineux à doses fortes et rapidement croissantes : « Avec une bonne instrumentation, l'injection intra-veineuse est extrêmement facile à pratiquer à partir de l'âge

de 4 ans, elle est beaucoup mieux acceptée que l'intra-musculaire par l'enfant, parce que beaucoup moins douloureuse. »

« Première injection : 1 centigramme par kilogramme de poids. »

« Deuxième injection : 1 cgr. 1/2. »

« Les huit dernières : 2 centigrammes. »

« Au total : 18 centigrammes par kilogramme de poids pour une série de dix injections. à raison d'une par semaine. »

Plus couramment, on utilisera un produit arsenical injectable par voie intra-musculaire, aux doses suffisantes et avec la progression habituelle, à la condition que ce produit soit vraiment actif.

On se trouvera bien d'utiliser à titre adjuvant, comme pour tout hérédo-syphilitique, la médication opothérapique.

Il faudra parfois exiger, pour la disparition rapide du symptôme, la mise au repos absolu de l'articulation.

« L'immobilisation, même stricte dans certains cas, nous semble nécessaire. Nous avons vu une hydarthrose hérédo-syphilitique s'aggravant chaque fois que, cédant aux instances de l'enfant, la mère retirait l'appareil plâtré d'immobilisation. » (LANCE et HUC.)

Il faudra bien se rappeler, dans ces cas où l'on recherche une disparition rapide du symptôme par l'immobilisation stricte, « qui aurait un autre avantage, celui de ne causer aucun préjudice au malade dans le cas où le diagnostic s'orienterait dans la suite vers la tuberculose » (LANCE et HUC), que le traitement de l'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive est avant tout médicamenteux antisiphilitique, et que la disparition rapide du symptôme ne signifie pas la guérison de la maladie syphilitique du sujet.

Avec ces réserves, sur lesquelles insistent LANCE et HUC, l'immobilisation, nullement ankylosante en cas d'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive, nous paraît très recommandable.

Pour nous, le traitement chirurgical s'arrête là. Si nous sommes très partisans de la ponction exploratrice du genou pour prélever le liquide articulaire aux fins d'analyse, et il ne s'agit pas là d'un acte vraiment chirurgical, nous ne sommes plus du tout d'accord avec les auteurs qui ont préconisé, dans des cas d'hydarthroses hérédo-syphilitiques rebelles au traitement médical, des traitements sanglants, arthrotomies évacuatrices et synovectomies.

Il faudra l'échec véritable d'un traitement antisyphilitique longtemps et correctement poursuivi avec l'aide d'une immobilisation stricte de l'articulation malade, pour que nous ayons recours à ces méthodes dont les tendances, dans ce cas particulier, nous paraissent vraiment par trop chirurgicales.

OBSERVATIONS

L'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive, nous l'avons dit, est plus fréquemment rencontrée dans les services d'ophtalmologie et de chirurgie que dans les services de syphiligraphie. Le fait de ne pouvoir produire que trois observations récentes d'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive, communiquées par un important service de syphiligraphie, nous semble une confirmation éclatante de ce que nous affirmons.

Voici ces observations, nous les ferons suivre de quelques commentaires.

OBSERVATION I

B... Odette, 12 ans, est amenée à la consultation le 31 juillet 1934 pour un épanchement du genou droit consécutif à une chute survenue sur cette articulation le 22 mai 1934.

L'interrogatoire sur les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels est entièrement négatif.

L'histoire de l'affection articulaire se résume ainsi : chute le 22 mai sur le genou droit, apparition le 15 juin d'un épanchement, indolore, abondant, aphlegmasique, limitant très peu la flexion.

Un chirurgien consulté tout d'abord demande une radiographie, qui ne montre aucune lésion articulaire apparente, et plâtre l'enfant. Le plâtre sera maintenu cinq semaines.

A la mi-juillet survient à la face externe du tiers inférieur de la jambe gauche une tuméfaction indolore qui, considérée comme une gomme possible, incite à instituer un traitement au sulfarsénol et à demander une réaction de Bordet-Wassermann du sang. Celle-ci est négative à la date du 21 juillet. Une cuti-réaction est pratiquée par la suite ; elle est positive le 27 juillet 1934.

La malade est amenée à la consultation de syphiligraphie le 31 juillet. On note à cette date l'épanchement du genou droit persistant, peu sensible, sans adénopathie inguinale correspondante, sans température locale ni générale, et la tuméfaction située au niveau de la face externe du tiers inférieur de la jambe gauche, légèrement douloureuse à la palpation, ne s'accompagnant pas de signes radiologiques.

L'examen général de l'enfant montre un signe de Gaucher, des tubercules de Carabelli sur les molaires inférieures, une rate percutable sur un travers de main.

Le traitement au sulfarsénol est continué, mais bientôt la malade part à la campagne et est momentanément perdue de vue.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs points de vue.

Tout d'abord le traumatisme initial, indubitable, décrit avec précision.

Puis l'apparition de l'hydarthrose. Le chirurgien consulté ne trouve aucun des grands signes de la syphilis héréditaire, ni dans les antécédents héréditaires et collatéraux, ni dans les antécédents personnels de l'enfant, il considère l'hydarthrose comme tuberculeuse, un plâtre est appliqué.

L'apparition d'une tuméfaction indolore à la face externe de la jambe gauche lui donne à réfléchir, il commence un traitement antisypilitique et demande une réaction de Wassermann du sang. Cette dernière est négative. A cela rien d'étonnant. Une cuti-réaction est pratiquée. Elle est positive. Mais la cuti-réac-

tion est souvent positive à cet âge, et cette positivité ne saurait entraîner un diagnostic de tuberculose en ce qui concerne l'hydarthrose. Tel a été sans doute l'avis du chirurgien puisqu'il adresse sa malade à une consultation de syphiligraphie.

Dans ce dernier service, on a tout de suite noté les petits signes, les signes mineurs de l'hérédo-syphilis et l'hérédité syphilitique du terrain ne fait aucun doute.

La nature hérédo-syphilitique de l'hydarthrose nous paraît également probable. Cet épanchement indolore, aplegmasique, le peu de limitation des mouvements, la persistance de l'hydarthrose et surtout l'absence de réaction ganglionnaire inguinale, tout cela semble en faveur de l'hérédo-syphilis articulaire.

Nous aurions aimé cependant avoir une certitude par l'examen cytologique et la réaction de Wassermann du liquide.

De toute façon le traitement antisiphilitique était indiqué.

Le traitement peut avoir une influence heureuse immédiate sur l'hydarthrose de l'enfant. Dans ce cas, il ne faut pas trop se presser de conclure. Il peut s'agir d'une hydarthrose hérédo-syphilitique, mais aussi d'une hydarthrose tuberculeuse survenue sur un terrain hérédo-syphilitique. Dans ce dernier cas, on voit tout d'abord l'hydarthrose tuberculeuse s'améliorer considérablement sous l'influence du traitement antisiphilitique, surtout arsenical ; c'est la première phase qui correspond à l'amélioration du terrain. Puis dans une seconde phase, l'hydarthrose tuberculeuse reprend son évolution, mais elle la continue sur un terrain heureusement modifié et que l'on continue à améliorer par le traitement antisiphilitique.

Quoi qu'il en soit, nous pensons que dans notre observation la nature hérédo-syphilitique de l'hydarthrose est démontrée cliniquement.

OBSERVATION II

N... Suzanne, 23 ans, vient consulter pour ses anomalies dentaires le 18 mai 1934. La lecture d'un article médical destiné au grand public l'a incitée à venir demander si les stigmates dentaires qu'elle présente sont biens dus à l'hérédo-syphilis. Elle résume son histoire :

Sa mère a eu neuf grossesses. Les six premières se sont terminées par des avortements spontanés. La malade ne peut préciser à quel âge des différentes grossesses se sont produits ces avortements.

Elle est née à terme d'une septième grossesse ; son poids de naissance, le poids de son placenta ne lui ont pas été signalés.

Deux frères sont nés ensuite ; ils ont toujours été bien portants.

La malade a été bien portante jusqu'à l'âge de 11 ans ; à ce moment sont apparues simultanément une kératite interstitielle et une hydarthrose du genou droit, qu'un traitement antisypilitique a fait disparaître.

Le diagnostic clinique rétrospectif de la nature hérédo-sypilitique de cette hydarthrose est indiscutable. Les six avortements spontanés qui ont précédé la naissance de la malade, la coexistence d'une kératite interstitielle sont des preuves suffisantes.

La malade a-t-elle été suffisamment traitée à l'âge de 11 ans ? Il ne semble pas. En effet, par la suite, réglée à 15 ans, elle n'a vu ses règles qu'une fois par an. Sa sérologie est actuellement partiellement positive.

A-t-on cessé le traitement trop tôt dès la disparition des symptômes, a-t-on poursuivi plus longtemps, nous n'en savons rien. En tout cas, la syphilis n'a pas été guérie.

Nous n'entamerons pas ici une discussion sur la curabilité ou l'incurabilité de la syphilis, sur la valeur des critères de guérison, sur les syphilis inapparentes, cliniquement et sérologiquement. Nous tenons simplement à affirmer que même après un traitement immédiat, intense, prolongé, bien rythmé, dont l'efficacité a été suivie par toutes les recherches cliniques et de laboratoire dont nous disposons, notre rôle n'est pas terminé. Une surveillance attentive du sujet, une surveillance de sécurité s'impose par la suite afin de dépister dès le stade initial apparent un retour offensif toujours possible de la maladie que nous avons cru guérie.

OBSERVATION III

P... Charles, 19 ans, est envoyé le 15 février 1933 par le service de chirurgie voisin pour une hydarthrose bilatérale des genoux datant de deux ans.

Le malade a toujours travaillé ; il n'a jamais fait de température, n'a jamais souffert, sauf quelques légères douleurs après des travaux particulièrement pénibles.

Aucun signe de syphilis dans les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels du malade, aucun stigmatisme actuel, à part l'hydarthrose bilatérale, indolore et chronique.

Cette hydarthrose, plus abondante à droite qu'à gauche, ne gêne en rien les mouvements, les muscles sont conservés, l'adénopathie inguinale est absente. La sérologie du sang est négative. L'examen des organes génitaux ne montre rien d'anormal.

Le service de chirurgie, aiguillé vers la nature hérédo-syphilitique de cette hydarthrose, en raison de sa bilatéralité, de l'absence d'adénopathie inguinale

correspondante, du peu d'intensité de l'amyotrophie, de la chronicité de l'évolution et de l'absence d'an-kylose, demande un traitement antisiphilitique.

Celui-ci, pratiqué à doses suffisantes avec un médicament actif, fait disparaître l'hydarthrose.

Peu après cette disparition, le malade abandonne son traitement, malgré l'avis contraire qui lui est donné.

OBSERVATION IV

(communiquée par M. LANCE)

Mlle G..., 15 ans 1/2, vient consulter M. Lance le 3 mars 1931 pour une hydarthrose bilatérale des genoux apparue quatre ans avant, vers l'âge de 11 ans 1/2.

Le genou droit a été pris le premier, puis, un mois après, le gauche. La malade a été un peu gênée au début, a éprouvé une légère difficulté à monter et à descendre les escaliers. Elle n'a jamais souffert, n'a jamais eu besoin de s'aliter. Les articulations n'ont jamais été immobilisées, aucune ponction n'a été faite.

Les médecins qui se sont succédé auprès de la malade ont prescrit du Céthocal, du Vivoléol de l'Uvestérol, de l'Opocalcium irradié, des bains de soleil. Les genoux n'ont pas été améliorés. Seule une cure de trois flacons d'Hémagénine Giraud (médication iodo-arsenicale phosphorée strychnique) a semblé exercer une légère action favorable.

Aucun signe de syphilis dans les antécédents héréditaires et collatéraux de la malade. Elle-même a toujours été bien portante, à part une fièvre typhoïde à l'âge de 5 ans. Son poids de naissance, celui du placenta n'ont pas été précisés. Elle s'est bien développée, a été propre de bonne heure, réglée à 13 ans.

A la date du 3 mars 1931, M. Lance note un genou droit indolore, contenant du liquide, avec une synoviale très épaissie, sans point douloureux osseux, sans ganglions inguinaux, sans atrophie musculaire. Les mouvements sont sensiblement conservés.

Le genou gauche présente les mêmes signes avec, cependant, un peu moins de liquide.

Une radiographie faite en juin 1929 avait montré l'intégrité osseuse des deux genoux.

A l'examen général, M. Lance note une 2^e incisive supérieure gauche à type de dent d'Hutchinson très net, de plus les deux 1^{res} molaires inférieures de chaque côté ont la forme dite en bourse.

Une cuti-réaction pratiquée alors est légèrement positive. Le Bordet-Wassermann et le Hecht du sang sont négatifs, le Kahn est très légèrement positif.

M. Lance demande au médecin traitant de faire un traitement antisyphilitique.

Ce traitement, bien que le médecin traitant ait choisi un produit peu actif, donne au début des résultats.

Le 11 mai 1931, le liquide a disparu des deux genoux, mais la synoviale est toujours très épaisse.

Le médecin traitant continue le traitement avec le même produit.

Le 27 juillet 1931, le genou droit est très amélioré, mais l'épaississement de la synoviale du genou gauche est augmenté.

Un celluloïd est alors appliqué pour immobiliser ce genou et favoriser l'action du traitement antisyphilitique.

Mais, à partir de cette date, le médecin traitant, non seulement n'emploie pas un produit antisyphilitique puissant, mais encore afit des injections très irrégulièrement espacées, puis cesse tout traitement.

Aussi le 21 avril 1932, les deux synoviales sont très épaissies, la radiographie montre à droite cet épaississement notable de la synoviale, sous la forme d'un interligne flou.

Le 6 octobre 1932, la synoviale du genou droit est toujours très épaisse, formant bourrelet.

Le genou gauche est légèrement chaud et contient du liquide.

Une ponction ramène 15 cc. de liquide purulent. A l'examen direct on ne trouve aucun microbe, pas de bacilles de Koch en particulier, mais de très nombreux leucocytes polynucléaires altérés et agglomérés.

Deux cobayes sont inoculés le 7 octobre 1932, l'un sous la peau de la cuisse droite, l'autre dans l'intérieur de la cavité péritonéale. Ils sont sacrifiés le 8 novembre 1932, et l'on constate l'absence de lésions bacillaires au point d'inoculation et dans les divers organes.

L'avis est alors donné à la malade de reprendre le traitement antisypilitique avec un médicament actif, à doses suffisantes et avec persévérance. Mais cet excellent conseil ne semble pas avoir été suivi et la malade n'a plus été revue.

Cette observation nous semble intéressante à plusieurs points de vue.

Tout d'abord, l'hydarthrose a été la première manifestation évolutive de la maladie syphilitique du sujet. Pour cette raison, elle a été longtemps méconnue dans son étiologie et confondue, comme c'est la règle, avec une hydarthrose tuberculeuse.

Cependant, en plus des stigmates dentaires caractéristiques du terrain hérédo-syphilitique, les signes particuliers de cette hydarthrose, sa bilatéralité, l'absence de ganglions inguinaux, d'amyotrophie, la conservation des mouvements devaient éveiller l'attention.

Le traitement antisypilitique n'a pas fait merveille. La raison en est simple. Le médecin traitant a appliqué le principe erroné trop souvent répété, même par des sommités médicales : « A petit symptôme, petit traitement ». Cette conception est fautive. Il n'y a pas de

petit traitement de la syphilis. Le petit traitement ne guérit jamais et réactive parfois.

Chez cette malade, le bismuth était contre-indiqué, le mercure également si le médecin traitant voulait encore croire malgré l'évidence à l'étiologie tuberculeuse. Restait l'arsenic. Mais un traitement énergique, avec un médicament actif, à des doses suffisantes, suivant un rythme bien compris. Certes nous savons la difficulté d'employer l'arsenic sous une forme vraiment active en clientèle, et la difficulté pour le médecin qui n'est pas un spécialiste, qui n'utilise pas quotidiennement ces produits, de reconnaître avant usage, par des moyens que seul peut employer celui qui en fait beaucoup, l'altération ou la non-altération du produit.

Il n'en est pas moins vrai qu'un traitement actif avait toutes chances de donner des résultats bien supérieurs à ceux constatés dans l'observation ci-dessus, et il est regrettable que l'éloignement du domicile de la malade, à plusieurs centaines de kilomètres de Paris, n'ait pas permis à M. Lance d'appliquer lui-même le traitement, avec une foi, une énergie et une persévérance qui ont manqué au médecin traitant, en dépit de toutes les exhortations qui lui ont été prodiguées.

Enfin, un point très intéressant de cette observation, c'est la constatation, cinq ans et demi après le début de l'épanchement, de la purulence de cet épanchement, qui n'avait jamais été ponctionné précédemment, nous insistons sur ce détail. On ne peut donc prétendre ici que la polynucléose du liquide soit sous la dépendance de ponctions antérieures.

CONCLUSIONS

I. — Les ophtalmologistes ont constaté la présence fréquente du symptôme hydarthrose chez les malades atteints de kératite interstitielle hérédo-syphilitique. L'hydarthrose chez ces malades a été beaucoup plus souvent rencontrée que le symptôme surdité. Aussi a-t-il paru nécessaire de transformer la triade classique d'Hutchinson en tétrade (CANTONNET), en y incorporant le symptôme hydarthrose.

II. — La présence de cette hydarthrose qui ne diminue pas sensiblement l'activité du malade, est rarement signalée au médecin qui examine la kératite. Aussi comprend-on que cette hydarthrose, lorsqu'elle constitue le premier et l'unique symptôme apparent de la maladie hérédo-syphilitique du sujet, soit souvent méconnue : le malade ignore sa lésion, ou bien il ne consulte pas. S'il consulte, le médecin ne pense pas toujours à la possibilité d'une étiologie hérédo-syphilitique.

III. — Cette étiologie hérédo-syphilitique sera fortement soupçonnée toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une hydarthrose à début insidieux, aphlegmasique dans son développement, indolore, bilatérale et symétrique, chronique dans son évolution.

La ponction exploratrice, qui permettra de constater parfois la polynucléose paradoxale fréquente du liquide et la positivité maxima dans ce liquide du Wassermann, sera fréquemment pratiquée

IV. — L'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive est souvent confondue avec une hydarthrose tuberculeuse, ou avec une hydarthrose post-traumatique.

Le diagnostic différentiel, en raison de la diversité des conséquences thérapeutiques, est très important.

Toute hydarthrose tuberculeuse qui ne fait pas sa preuve, toute hydarthrose post-traumatique dont l'évolution est traînante devra être considérée comme suspecte. Un examen clinique approfondi, la ponction exploratrice suivie de l'analyse du liquide préciseront le diagnostic.

V. — La thérapeutique de l'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive, si elle ne vise que la disparition rapide de cette hydarthrose, est insuffisante. On ne doit pas oublier, en traitant ce symptôme et après sa disparition, qu'il faut avant tout considérer la maladie hérédo-syphilitique du sujet, dont l'hydarthrose n'a été que le symptôme révélateur.

Le traitement d'attaque par le bismuth sera le plus possible évité ; ce médicament est mal supporté en cas de lésions osseuses.

Or, si cliniquement et radiologiquement la fréquence de l'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive type Clutton, dans laquelle le processus est uniquement localisé à la synoviale, nous paraît grande, nous ne pouvons pas affirmer, anatomiquement l'intégrité osseuse juxta-articulaire ou à distance. Nous nous abstiendrons donc d'attaquer au bismuth dans ces cas et, à plus forte raison, s'il s'agit d'une hydarthrose hérédo-syphilitique tardive type Alfred Fournier, dans laquelle les lésions osseuses juxta-articulaires sont décelables, cliniquement et radiologiquement.

Vu :

**LE DOYEN,
ROUSSY**

Vu :

**LE PRÉSIDENT,
GOUGEROT**

Vu et permis d'imprimer

**LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
CHARLÉTY.**

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD (Ch.). — Syphilis articulaire. *Journal des Praticiens*, 28 novembre 1928.
- BARRET. — Syphilitic synovitis. *British Journal of Children's Diseases*, London, 1909.
- BLUM (P.). et FATOU (E.-M.). — Les déterminations articulaires de l'hérédo-syphilis tardive. *Gazette des Hôpitaux*, 9 décembre 1925.
- BOSSE (Br.). — Histologisches und Radiologisches zur tardiven Form der hereditären Gelenklues. *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, 1906.
- BOURRET et CHABAL. — Manifestations oculaires avec arthropathies dans un cas de syphilis héréditaire. *Marseille Médical*, 1909, p. 424.
- BRIZARD (J.). — Traitement de la syphilis et de l'hérédo-syphilis dans les manifestations ostéo-articulaires de l'enfance. *La Gazette Médicale de France*, 15 mars 1928.
- BROCA (A.). — Aspects cliniques de la syphilis articulaire, origine traumatique possible. *Presse Médicale*, 2 novembre 1921.
- BRUNEL (J.-A.). — Les formes cliniques du rhumatisme syphilitique. *Thèse de Marseille*, 1933.
- CANTONNET (A.). — Le « quatrième symptôme » de la triade d'Hutchinson, *Paris Médical*, 6 septembre 1919.
- CASTEX (M.). — Sifilis hereditaria tardia, capitulo III : manifestaciones articulares, 1 vol., Buenos-Aires, 1920.
- CASTEX et DENIS. — Syphilis héréditaire tardive. Manifestations articulaires. *Prensa Méd. Argentina*, 10 juin 1918.
- CHENET (Ch.). — Notes sur les ostéites et les ostéo-arthrites dans l'hérédo-syphilis tardive. *Thèse de Paris*, 1918.
- CLÉMENT (J.). — De l'importance des signes articulaires de la syphilis héréditaire tardive ; leur adjonction à la triade d'Hutchinson. *Thèse de Lyon*, 1922.

- CLUTTON. — Symmetrical synovitis of the Knee in hereditary syphilis. *The Lancet*, 1886, p. 391.
- COUTELA. — Arthrite syphilitique par traumatisme. *XI^e Congrès Méd. Légale*, Paris, 1926.
- L'ARCY POWER. — Syphilitic Disease of the Joints. *The Hospital*, January 18, 1908, p. 411.
- D'ARCY POWER and KEOGH MURPHY (J.). — A System of Syphilis, 1908, vol. II, p. 60.
- DEBONNESSET (L.). — Considérations sur le diagnostic différentiel entre les manifestations osseuses et articulaires de la syphilis héréditaire et de la tuberculose. *Thèse de Paris*, 1906.
- DEROCQUE (P.). — Hydarthrose bilatérale du genou d'origine hérédo-spécifique. *La Normandie Médicale*, janvier 1930.
- DOHEN (E.). — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1920.
- DUFOUR (H.). — Deux cas de syphilis héréditaire avec déformations rhumatismales des doigts et hydarthrose. *Bull. de la Soc. Médic. des Hôp. de Paris*, 22 juin 1931.
- DUNLOP. — Syphilitic synovitis in Children. *Edinb. Médic. Journal*, 1904.
- DUPÉRIÉ et GUÉNARD. — Hydarthrose et kératite interstitielle dans un cas d'hérédo-syphilis tardive. *Journal de Méd. de Bordeaux*, 25 août 1920.
- DUPUY DE LA BADONNIÈRE (P.). Kératite et hydarthrose hérédo-syphilitiques. *Thèse de Lyon*, 1921.
- ELIET (G.). — Contribution à l'étude de la syphilis traumatique (Téguments, Or, Articulations). *Thèse de Paris*, 1926.
- ETIENNE, AIMES et PUECH. — L'hydarthrose chronique de la syphilis héréditaire. *Montpellier Médical*, 1922.
- ETTORI (J.). — Contribution à l'étude des manifestations articulaires de l'hérédo-syphilis tardive. *Thèse de Paris*, 1930.
- FATOU. — Les manifestations articulaires de l'hérédo-syphilis tardive. *Bulletin Médical*, 25 juin 1924, n° 27, p. 735.
- FLANDIN (Ch.). — Manifestations ostéo-articulaires tardives de la syphilis. *Bull. Soc. Médic. des Hôp. de Paris*, 1923, p. 1732.
- FOUQUET (Ch.). — De la syphilis articulaire. *Thèse de Paris*, 1905.
- Hérédo-syphilis tardive. Hydarthroses bilatérales et symétriques multiples. Guérison par le traitement spé-

- cifique. *Bulle. Soc. Franç. de Dermatol. et de Syphiligr.*, 1913, p. 196.
- FOURNIER (Alfred). — Leçons sur la syphilis héréditaire tardive, 1886.
- FOURNIER (Edmond). — Recherche et diagnostic de l'hérédosyphilis tardive, Paris, 1907.
- Syphilis héréditaire de l'âge adulte, Paris, 1912.
- Syphilis héréditaire de l'enfance (in *Pathologie Médicale* de Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix), Paris, 1921.
- GASTOU (P.). — La syphilis ostéo-articulaire, arthrites et arthropathies. *Paris Médical*, 3 mars 1923.
- GERSON (G.-L.). — Les formes aiguës et subaiguës de la syphilis articulaire. *Thèse de Paris*, 1927.
- GIBARD (P.). — Contribution à l'étude de la syphilis articulaire. *Thèse de Paris*, 1925.
- GILBERT (A.), BÉNARD (Henri) et FATOU (E.). — Un cas de polyarthrite hérédosyphilitique tardive. *Bull. Soc. Médic. des Hôp. de Paris*, 1923, p. 1768.
- GILBERT-DREYFUS et BOURGEOIS (P.). — Formes cliniques de la syphilis articulaire de l'adulte. *Gazette des Hôpitaux*, 18 avril 1925.
- HUTINEL (Jean) et LINOSSIER-ARDOIN (Alice). — L'hérédosyphilis clinique et thérapeutique. Gauthier-Villars et Cie, 1932.
- HUTINEL (V.). — *Le terrain hérédosyphilitique*. Masson, 1926.
- JACQUEAU. — Kératites parenchymateuses et arthrites concomitantes. *Lyon Médical*, 17 mai 1908.
- JUDET (H.). — Les artrites chroniques syphilitiques. *Le Concours Médical*, 16 mai 1926.
- KIRMISSON. — Les arthropathies syphilitiques. *Journal des Praticiens*, 20 juillet 1918.
- KIRMISSON et JACOBSON. — Contribution à l'étude des arthropathies dans la syphilis héréditaire. *Revue d'Orthopédie*, 1897.
- KLAUDER (J.-V.) and ROBERSTON (H.-F.). — Symmetrical serous synovitis (Clutton's joints), congenital syphilis and interstitial Keratis. *The Journal of the American Medical Association*, July 28, 1934.
- LANCE (M.) et HUC (G.). — L'hérédosyphilis ostéo-articulaire des membres au cours de la deuxième enfance. *Le Journal Médical Français*, 1927, p. 442.

- LANE (J.-E.). — Symmetrical synovitis of the knee in congenital syphilis (Clutton's joints). *The American Journal of Syphilis*, 1922, p. 611.
- LESNÉ et BOUTELLIER. — *La syphilis héréditaire larvée*. Doin et Cie, Paris, 1931.
- LESNÉ et LANGLE. — Article : Syphilis articulaire héréditaire tardive. In *Nouveau Traité de Médecine* de Roger, Vidal, Teissier, fascicule XXII, page 454, Masson, 1924.
- LOUSTE. — Les arthropathies syphilitiques. *J. de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, 1924, p. 476.
- LOUSTE et ROUGIER. — Manifestation articulaire de syphilis héréditaire tardive ; étude du liquide articulaire. *Bull. Soc. Franç. de Dermatoll. et de Syphil.*, 1924, p. 137.
- MARINGONDA (P.). — Considerazioni su un caso di idartrosi eredo-luetice. *Archivio italiano di Dermatologia*, 1925-1926, p. 602.
- MAUCLAIRE (Pl.). — Arthropathies dans la syphilis héréditaire. In *Nouveau Traité de Chirurgie* de A. Le Dentu et Pierre Delbet, tome VII, p. 113, 1909.
- MÉNARD, LE MOINE et PÉNARD. — Syphilis héréditaire des os longs, arthrites secondaires. *Gazette des Hôpitaux*, 2 mai 1908.
- MÉNARD et MOZER. — Recherche de la syphilis dans les affections ganglionnaires et ostéo-articulaires. *Journal de Médecine de Paris*, 1923, p. 543.
- MERKLEN (Pt.) et MINVIELLE (M.). — Hydarthrose hérédo-syphilitique récidivante, confusion avec l'hydarthrose tuberculeuse. *Bull. Soc. de Pédiatrie de Paris*, novembre 1922.
- MERLIER. — Les arthropathies hérédo-syphilitiques et la triade d'Hutchinson. *Thèse de Paris*, 1918.
- MÉTAYER (M.). — Les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive. *Thèse de Paris*, 1904.
- MONNIER (U.). — A propos de deux cas d'hérédo-syphilis articulaire : les hydarthroses et les rhumatismes chroniques déformants d'origine hérédo-syphilitique. *Gazette Médicale de Nantes*, 1^{er} novembre 1925.
- MONTANT (R.). — Sur les formes associées de la syphilis et de la tuberculose ostéo-articulaire. *Thèse de Paris*, 1928.
- MORESTIN (H.). — Syphilis articulaire. *Archives Générales de Médecine*, 1901, p. 101.
- *Chirurgie générale des articulations*, Paris, 1907.

- MOZER (M.). — Tableau clinique et réaction de Wassermann dans le diagnostic de la syphilis ostéo-articulaire et ganglionnaire. *Thèse de Paris*, 1917.
- NICOLAS. GATÉ et PILLON. — Syphilis héréditaire à localisations multiples, cutanées, ganglionnaires, osseuses, articulaires, oculaires et dentaires, confondues pendant dix ans avec la tuberculose. *Soc. Médic. des Hôp. de Lyon*, 9 mai 1922.
- NICOLAS (J.) et PETOURAUD (Ch.). — Hydarthrose double hérédo-syphilitique. *Réunion Dermatologique de Lyon*, 16 février 1933.
- NOBÉCOURT (P.). — Ostéo-arthropathies hérédo-syphilitiques de la moyenne et de la grande enfance. *Le Concours Médical*, 14 février 1926.
- PÉHU. — Article : Traitement de la syphilis ostéo-articulaire dans l'enfance. In *Pratique médico-chirurgicale*, Masson, 1931.
- PÉHU (M.). — Article : La syphilis articulaire de la seconde enfance. In *Traité de Médecine des Enfants*, de P. Nobécourt - L. Babonneix, tome IV, page 425, 1934.
- PILLON (M.). — Les formes cliniques de la syphilis articulaire et leur diagnostic avec les arthropathies tuberculeuses. *Thèse de Lyon*, 1914.
- PUECH (A.). (de Bordeaux). — De la valeur de l'examen oculaire pour le diagnostic de certaines manifestations de l'hérédo-syphilis. *Archives d'Ophtalmologie*, 1901, p. 709.
- ROEDERER et LIX. — Hydarthrose bilatérale des genoux, signe d'hérédo-syphilis. *Ann. des Maladies Vénériennes*, 1923, p. 298.
- ROUGIER. — Travail du service et du laboratoire de M. le Docteur Louste (Hôpital Saint-Louis). : Etude des épanchements articulaires dans l'hérédo-syphilis tardive. *Thèse de Paris*, 1924.
- SAINT-PIERRE (M.). — Contribution à l'étude des arthropathies de la syphilis héréditaire tardive. *Thèse de Lyon*, 1900.
- SAUCET. — Contribution à l'étude des arthropathies de la syphilis héréditaire tardive. *Thèse de Bordeaux*, 1904.
- SOUPAULT (R.). et MARCERON (L.). — Hydarthrose syphilitique rebelle du genou. Arthrotomie évacuatrice. Suture primitive. Guérison. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et de Syphil.*, 1922, p. 380.

- TIXIER (Léon). — Les enfants syphilitiques. *L'Expansion Scientifique Française*.
- TRÈVES (A.). — Syphilis héréditaire tardive et tuberculoses chirurgicales. *Bull. Soc. Pédiatrie de Paris*, 1923, p. 87.
- VAGNON (H.). — Contribution à l'étude du rhumatisme chronique syphilitique. *Thèse de Lyon*, 1924.
- VOINIER. — Contribution à l'étude des ostéo-arthropathies de la syphilis héréditaire. *Thèse de Nancy*, 1910.
- WEILL (M.-P.). — L'hydarthrose syphilitique. *La Médecine*, novembre 1923.
- WEISSENBACH (R.-J.) et BASCH (G.). — *Les traitements de la syphilis*, G. Doin, Paris, 1934.
- WEISSENBACH (R.-J.) et GILBERT-DREYFUS. — Comment envisager actuellement, au point de vue pratique, le problème de la syphilis articulaire. *L'Hôpital*, 1925, p. 532.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Définition	11
Historique	13
Anatomie pathologique.....	17
Etude clinique.....	23
Examen de laboratoire.....	27
Diagnostic positif.....	31
Diagnostic différentiel.....	37
Traitement	41
Observations	45
Conclusions	55
Bibliographie	57



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



